

**IN THE UNITED STATES BANKRUPTCY COURT
FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO**

IN RE:

OMAR YAMIL POMALES PAGAN
CYNTHIA LEE RIVERA OTERO

DEBTORS

CASE NO 12-03828-BKT

CHAPTER 13

**DEBTORS' MOTION REQUESTING ORDER
RE: AUTHORIZATION TO USE FUNDS FROM 2012 & 2013 TAX REFUNDS**

TO THE HONORABLE COURT:

NOW COME, OMAR YAMIL POMALES PAGAN and CYNTHIA LEE RIVERA OTERO, debtors, through the undersigned attorney, and very respectfully state and pray as follows:

1. The debtors' confirmed Plan dated May 17, 2012, provides that debtors' tax refunds will be paid into the Plan. See docket #2.
2. The debtors have received their 2012 & 2013 tax refunds in the amount of \$2,124.00 and \$1,586.00, respectively. The debtors met with the undersigned attorney regarding this matter and respectfully submit that they have lost the check stubs/receipts, thus, they attached the first page of their 2012 and 2013 tax returns as evidence of the amounts received from the Puerto Rico Treasury Department.
3. The debtors respectfully submit to the Court that they used these funds to pay for: extraordinary house repairs expenses and co-petitioner's tuition expenses. Attached is copy of the house repairs and university tuition invoices. Note that these extraordinary expenses are not considered in debtors' Plan budget.
4. The debtors were in need to use the funds from the 2012 & 2013 "tax refunds" to pay for these reasonable expenses. Furthermore, the debtors are living within a very "tight" budget which barely covers their living expenses and a Plan payment of \$280.00.

Page – 2-
Debtor's Motion Requesting Order
Case no. 12-03828-BKT13

5. Based on the above-stated, the debtors respectfully request this Court to Order the authorization of the use of these funds for these expenses.

WHEREFORE, debtors, through the undersigned attorney respectfully request that this Honorable Court grant the foregoing motion and allow the use of the funds from the 2012 & 2013 tax refunds by the debtors to pay for the above-stated expenses.

NOTICE: Within fourteen (14) days after service as evidenced by the certification, and an additional three (3) days pursuant to Fed. R. Bank. P. 9006 (f) if you were served by mail, any party against whom this paper has been served, or any other party to the action that objects to the relief sought herein shall serve and file an objection or other appropriate response to this paper with the Clerk's office of the U.S. Bankruptcy Court for the District of Puerto Rico. If no objection or other response is filed within the time allowed herein, the paper will be deemed unopposed and may be granted unless: (i) the requested relief is forbidden by law; (ii) the requested relief is against public policy; or (iii) in the opinion of the Court, the interest of justice requires otherwise.

I CERTIFY that on this same date a copy of this motion was filed with the Clerk of the Court using the CM/ECF system which will send notice of same to the Chapter 13 Trustee; I also certify that a copy of this motion was sent via US Mail to the debtors, Omar Yamil Pomaes Pagan and Cynthia Lee Rivera Otero, to the address of record: Olympica Ville, 227 Calle Barcelona Las Piedras, PR 00771.

RESPECTFULLY SUBMITTED. In San Juan, Puerto Rico, this 30th day of September, 2014.

/s/ Roberto Figueroa Carrasquillo
ROBERTO FIGUEROA CARRASQUILLO
USDC #203614
ATTORNEY FOR PETITIONER
PO BOX 186 CAGUAS PR 00726
TEL NO 787-744-7699 FAX 787-746-5294
Email: rfigueroa@rfclawpr.com

Formulario 481 Rev. 29 oct 12

FORMA CORTA		<input type="checkbox"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		Número de Serie	
Liquidador Revisor		2012 GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA 2012 PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2012 O AÑO COMENZADO EL 01 de 01 de 2012 Y TERMINADO EL 31 de 12 de 2012		PLANILLA ENMENDADA FALLECIDO DURANTE EL AÑO: Día Mes Año <input type="checkbox"/> CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/> CONYUGE	
Nombre del Contribuyente OMAR		Apellido Paterno POMALES		Apellido Materno PAGAN	
Dirección Postal OLYMPIC VILLE H16 Calle BARCELONA PMB 227 Las Piedras PR Código Postal 00771-0000		Número de Seguro Social Contribuyente 598-18-7493		Fecha de Nacimiento 31/03/1979 Día Mes Año	
"Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí".		Número de Seguro Social Cónyuge 582-99-5319		Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nombre e Inicial del Cónyuge CYNTHIA		Apellido Paterno RIVERA		Apellido Materno OTERO	
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) OLYMPIC VILLE H16 Calle BARCELONA Las Piedras PR		Fecha de Nacimiento del Cónyuge 05/12/1979 Día Mes Año		Sexo <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	
Código Postal 00771		Teléfono Residencia (787) 733-1578		Teléfono del Trabajo	
Correo Electrónico (E-Mail) POMS28@YAHOO.COM		CAMBIO DE DIRECCION: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		PLANILLA 2013: <input checked="" type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> INGLÉS	
Cuestionario SI NO A. <input checked="" type="checkbox"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos? B. <input checked="" type="checkbox"/> ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? C. <input checked="" type="checkbox"/> ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo) D. FUENTE DE MAYOR INGRESO: 1. <input type="checkbox"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas 2. <input type="checkbox"/> Empleado del Gobierno Federal 3. <input checked="" type="checkbox"/> Empleado de Empresa Privada 4. <input type="checkbox"/> Retirado/Pensionado 5. <input type="checkbox"/> Otro Su ocupación <u>Operador de Equipo P</u> <u>4857</u> Ocupación cónyuge <u>AMA DE CASA</u> <u>8110</u>		E. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input checked="" type="checkbox"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="checkbox"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) 2. <input type="checkbox"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="checkbox"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="checkbox"/> Casado que no vivía con su cónyuge) 3. <input type="checkbox"/> Casado que rinde separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)			
PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO					
Reintegro 1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO (Encasillado 1, línea 14. Indique distribución en las líneas A, B y C). (01) 2,124.00 A) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan (02) .00 B) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (03) .00 C) REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en su cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (04) 2,124.00					
Pago 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Encasillado 1, línea 14) (05) .00 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (06) .00 (b) Intereses (07) .00 (c) Recargos y Penalidades (08) .00 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a)). (10) .00					
Depósito AUTORIZACION PARA DEPOSITO DIRECTO DE REINTEGRO Tipo de cuenta <input checked="" type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros Número de ruta/tránsito 221572838 Número de su cuenta 2500204546 Cuenta a nombre de: OMAR POMALES PAGAN y CYNTHIA RIVERA OTERO (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)					
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.					
Firma del Contribuyente <input checked="" type="checkbox"/> FIRMADA ELECTRONICAMENTE		Fecha 19/02/2013		Firma del Cónyuge <input checked="" type="checkbox"/> FIRMADA ELECTRONICAMENTE	
Nombre del Especialista (Letra de Molde)		Nombre de la Firma o Negocio		Fecha 19/02/2013	
Firma del Especialista <input checked="" type="checkbox"/>		Fecha		Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí) <input type="checkbox"/>	
Número de Registro		NOTA AL CONTRIBUYENTE Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Si contestó "SI", exija la firma y el número de registro del Especialista.			

Liquidador		Revisor		2013 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO 2013 DEPARTAMENTO DE HACIENDA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2013 O AÑO COMENZADO EL		Número de Serie										
R	G	RO	V1	V2	P1	P2	N	D1	D2	E	A	M	1 de enero de 2013 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2013			
Nombre del Contribuyente: OMAR Inicial: Y Apellido Paterno: POMALES Apellido Materno: PAGAN Dirección Postal: URB OLYMPIC VILLE 227 CALLE BARCELONA LAS PIEDRAS PR Código Postal 00771						Número de Seguro Social Contribuyente: 598-18-7493 Fecha de Nacimiento: 31-03-1979 Día Mes Año Sexo: <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F		<input type="radio"/> PLANILLA ENMENDADA <input type="radio"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: ____/____/____ Día Mes Año <input type="radio"/> CONTRIBUYENTE <input type="radio"/> CONYUGE <input type="radio"/> CONYUGE SUPERSTITE RINDE OTRA PLANILLA PARA EL AÑO CONTRIBUTIVO								
"Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí". Nombre e Inicial del Cónyuge: CYNTHIA L RIVERA Apellido Paterno: OTERO Apellido Materno: Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle): URB OLYMPIC VILLE H16 CALLE BARCELONA LAS PIEDRAS PR Código Postal 00771 Correo Electrónico (E-Mail): cynthial.rivera@yahoo.com						Número de Seguro Social Cónyuge: 582-99-5319 Fecha de Nacimiento del Cónyuge: 05-12-1979 Día Mes Año Sexo: <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> F Teléfono Residencia: (787) 930-2466 Teléfono del Trabajo: 787-209-0002		Sello de Recibido: 12/02/2014 9:27:12 PM								
CUESTIONARIO PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FUJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR) SI NO A. <input checked="" type="radio"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos? B. <input checked="" type="radio"/> ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? C. <input checked="" type="radio"/> ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo) D. <input checked="" type="radio"/> ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo) E. FUENTE DE MAYOR INGRESO: 1. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas 2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal 3. <input checked="" type="radio"/> Empleado de Empresa Privada 4. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado 5. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal) 6. <input type="radio"/> Otro						ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: <input checked="" type="radio"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) <input type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="radio"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge) <input type="radio"/> Casado que rinde separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)										
Su ocupación: Operador de Equipo Pes. 4857 Ocupación cónyuge: Otros Oficios o Prof. 8110						CONTRATO GOBIERNO: <input type="radio"/> Contribuyente <input type="radio"/> Cónyuge										
PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.																
1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 28. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) 01 1586 00 A) Acreditar a la contribución estimada 2014 (01) 00 B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan (02) 00 C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (03) 00 D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (04) 00 (05) 1586 00																
2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Encasillado 3, línea 28) (06) 00 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (07) 00 (b) Intereses (08) 00 (c) Recargos y Penalidades (09) 00 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a)) (10) 0 00																
AUTORIZACION PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO																
Tipo de cuenta: <input checked="" type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros Número de ruta/tránsito: 0 2 1 5 0 2 0 1 1 Número de su cuenta: 3 8 5 0 6 4 0 7 1 Cuenta a nombre de: OMAR Y POMALES PAGAN y CYNTHIA L RIVERA OTERO (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)																
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.																
Firma del Contribuyente: <input checked="" type="checkbox"/> FIRMADA ELECTRONICAMENTE Nombre del Especialista (Letra de Molde): 04				Fecha: 12/02/2014 Firma del Cónyuge: <input checked="" type="checkbox"/> FIRMADA ELECTRONICAMENTE Nombre de la Firma o Negocio:												
Firma del Especialista: <input checked="" type="checkbox"/> Fecha:				Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí) <input type="radio"/> Número de Registro:												

NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: ☐ Sí ☒ No. Si contestó "Sí", exija la firma y el número de registro del Especialista.

Periodo de Conservación: Diez (10) años

Remodelaciones GH

787-349-4538

Bill To:
Omar
Company Name
Street Address
City, ST ZIP Code
Phone

This invoice is for completing the job described above, based on our evaluation. It does not include unforeseen price increases or additional labor and materials.

PAID
CHK NO. _____
DATE _____

Universidad Interamericana de Puerto Rico
Recinto Metropolitano



Certificación / Pago de Matrícula

Año Académico: 2013-2014

Rivera Otero, Cynthia L
OLIMPIC VILLE
227 CALLE BARCELONA
LAS PIEDRAS PR 00771

Número de Estudiante: M00209395

Término: 201433 Trimestre Late Feb-May 2014

Costo (9) Créditos	\$1,530.00
Cuotas Generales	\$40.00
Cuota Construcción	\$44.00
Cuota Infraestructura	\$57.00
Cuota Avalúo de Enfermería.....	
Comisión de Agencias de Cobro	
Plan Médico	
Laboratorios	\$30.00
Centro de Estudiantes	\$13.00
Centro KROC	
Matrícula Tardía	\$50.00
Centro de Acceso a la Información	\$27.00
Actividades Estudiantiles	\$5.00
Consejo de Estudiantes	\$5.00
Dispensario	\$10.00
Cambios en Matrícula	
Acceso Vehículo	
Pago Diferido / Tardío	\$6.00
Residencia	
Recargo	\$60.56
Revista Jurídica	
Cafetería	
Concentración	
Libros	
Otros	\$0.00

Total Cargos (Tentativo): \$1,877.56

Reembolso \$0.00

Pagos: Total Cargos Final: \$1,877.56

MB36	ATH Metro	\$1,023.67
MB31	Personal Check Metro	\$635.95

Total Pagos: \$1,659.62

Balance : \$217.94

UIPR Recinto Metropolitano
Gerencia de Servicios de Matrícula
Certificación / Pago de Matrícula
POR: JEANNETTE DE JESUS
RIVERA
FECHA: 29 de julio de 2014



Carmen B. Rivera Tañón
Directora de Recaudaciones